

Laboratório de Psicologia, 6(1): 93-108 (2008)

© 2008, I.S.P.A.

Questionário de Crenças de Controlo face à Saúde (QCCS): Processo de desenvolvimento e validação de um instrumento

Sónia F. Bernardes

Maria Luísa Lima

Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa / Centro de Investigação e Intervenção Social, Lisboa

Resumo

O presente artigo tem como objectivo a apresentação do processo de desenvolvimento e validação do Questionário de Crenças de Controlo face à Saúde (QCCS). Este é um instrumento que, tendo como raiz conceptual o modelo tridimensional da percepção de controlo de Skinner (1995), visa a avaliação de três tipos de crenças: (1) controlo; (2) estratégia e; (3) capacidade. O QCCS foi aplicado a uma amostra de 91 crianças ($M_{idade}=11,92$) e 97 adolescentes ($M_{idade}=16,86$) Portugueses saudáveis. Análises em componentes principais mostraram que o instrumento reflecte, na generalidade, a estrutura tridimensional esperada. Os índices de fidelidade interna da maioria das escalas mostraram-se adequados, particularmente tendo em conta a idade dos participantes. Uma análise do conteúdo dos itens, efectuada por dois juizes independentes, atesta a validade de conteúdo do QCCS. Este instrumento, ao permitir detectar diferenças etárias nas crenças de controlo, previsíveis de um ponto de vista desenvolvimentista, demonstra ainda validade de constructo. Em suma, embora as características psicométricas do QCCS possam ainda ser aperfeiçoadas, este mostra ser um instrumento útil e com qualidades adequadas.

Palavras-chave: Crenças de controlo, Crianças e adolescentes, Questionário.

Abstract

This paper presents the process of development and validation of the Health Perceptions of Control Questionnaire (HPCQ). Based on Skinner's (1995) three-fold model of perceived control, this instrument assesses three types of control-related beliefs: (1) control; (2) strategy; and (3) capacity. The HPCQ was administered to 91 healthy Portuguese children ($M_{age}=11,92$) and 97 adolescents ($M_{age}=16,86$). A set of principal component analyses showed that, in general, the instrument reflected

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Sónia F. Bernardes; Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Departamento de Psicologia Social e das Organizações (cacifo 34 AA), Av. das Forças Armadas, 1649-023 Lisboa, Portugal; Tel.: +351 21 790 3215; Fax: + 351 21 790 3002; E-mail: sonia.bernardes@iscte.pt

the expected three-fold structure of beliefs. Most sub-scales showed adequate internal reliability indexes, especially considering participants' ages. A content analysis of the items done by two independent researchers pointed to an adequate content validity of the instrument. Moreover, the HPCQ showed adequate construct validity, given that it was able to detect age-related differences in control-related beliefs, which may be understood from a developmental perspective. In sum, although some psychometric characteristics of the HPCQ may be perfected, this instrument seems valid and useful.

Key words: Adolescents, Children, Control-related beliefs, Questionnaire.

Fundamentação teórica

A noção subjectiva de podermos controlar, produzindo ou evitando, os acontecimentos que nos rodeiam – *Percepção de Controlo* – encontra-se consistentemente associada a indicadores de saúde física e/ou psicológica (ver Walker, 2001). No entanto, a grande maioria dos estudos empíricos que procuram analisar o papel das crenças de controlo na saúde e doença têm sido efectuados com adultos. É de referir ainda que grande parte dos conceitos teóricos utilizados (ex., *locus* de controlo, auto-eficácia, desespero aprendido) e respectivos instrumentos de medida, ao possuírem raízes na tradição das diferenças inter-individuais, quando são transpostos para o estudo de crianças e adolescentes dificultam a tarefa de interpretação das mudanças etárias numa perspectiva normativa e desenvolvimentista (Bernardes & Lima, 2006; Connell, 1985; Skinner & Chapman, 1987).

Efectivamente, alguns autores sugerem que a marcante incongruência dos dados empíricos sobre trajetórias de desenvolvimento das crenças de controlo na infância e adolescência reflecte, em parte, a dificuldade de tais constructos em analisar de forma discriminada diferentes dimensões inerentes ao conceito de *Percepção de Controlo* (ex., Thompson & Gustafson, 1996; Skinner, Chapman, & Baltes, 1988a). Mais especificamente, duas importantes dimensões da percepção de controlo que, ao não serem diferenciadas, poderão dificultar a interpretação dos dados empíricos existentes são, de um lado, a *Percepção de Contingência* de resultados e, de outro, a *Percepção de Competência* do Eu (Weisz, 1983; Weisz & Stipek, 1982; Skinner, 1996; Skinner & Connel, 1986). Se é certo que outros autores já haviam ressaltado a importância desta distinção (ex., Bandura, 1977; Weisz, 1983; Weisz e Stipek, 1982), ela foi retomada por Ellen Skinner que, num esforço de integração de uma literatura divergente, avançou um modelo integrador dos vários constructos relativos ao controlo (Skinner, 1995, 1996; Skinner et al., 1988a). Segundo esta autora, todas as teorias que se têm centrado sobre tais constructos têm surgido como uma tentativa de mapear um sistema mais abrangente a que aquela dá o nome de *Sistema de Competências*. Este sistema complexo incluiria um conjunto de sub-sistemas de crenças, possuindo a função da regulação e/ou interpretação das interacções indivíduo/ambiente que são orientadas para um objectivo. Neste sentido, é salientada a necessidade de “desempacotar” o conceito de percepção de controlo, diferenciando três sistemas de crenças distintos (Skinner, 1995, 1996; Skinner et al., 1988a). Em primeiro lugar, as *Crenças de Controlo*, que dizem respeito à definição prototípica de percepção de controlo, estabelecem a relação entre agente-fins reflectindo “(...) *generalized expectancies about the extent the self can produce desired or prevent undesired events*” (Skinner, 1995, p. 30). Em segundo lugar, temos as crenças que estabelecem a relação meiosfins, *Crenças de Estratégia* ou de Contingência, isto é, “(...) *generalized expectancies about the extent to which certain means or causes are sufficient conditions for the production of ends or outcomes*” (Skinner, 1995, pp. 30-31). Por último, considera as crenças que estabelecem a relação agente-meios, *Crenças de Capacidade* ou Agência, isto é, “(...) *generalized expectancies about the extent to which the self possesses or has access to certain causes*” (Skinner, 1995, p. 31).

Este modelo teórico apresenta alguns avanços relativamente aos modelos que já haviam salientado a distinção entre as percepções de contingência e de competência. Pela primeira vez são conceptualizados e operacionalizados de forma independente os três sistemas de crenças, o que permite analisar as relações de interacção entre estes e clarificar as contribuições diferenciais das dimensões subjacentes à percepção de controlo (ex., Bernardes & Lima, 2006). Esta reconceptualização permite ainda o estudo de uma grande variedade de factores causais. Este aspecto é particularmente importante quando existem evidências que apontam para uma progressiva diferenciação nos esquemas causais ao longo do desenvolvimento, e quando se demonstra que tais causas podem possuir trajectórias desenvolvimentistas distintas e impactos diferenciais nos comportamentos dos indivíduos (Chapman & Skinner, 1989; Clemence, Aymard, & Roumagnac, 1996; Skinner, 1990a,b).

Com o intuito da validação conceptual deste modelo teórico, Skinner e colaboradores têm vindo a desenvolver, aplicar e aperfeiçoar instrumentos de medida, orientados para a área do desempenho escolar e domínio social da amizade, que visam operacionalizar os diferentes tipos de crenças relativas ao controlo. Desenvolvem um primeiro instrumento, a ser aplicado a crianças dos 7 aos 12 anos que, através da sua estrutura permite fazer a distinção entre os três sistemas de crenças teoricamente postulados. Desta forma nasce um guião de entrevista estruturado – *Control, Agency and Means-ends Interview* – que mostra possuir propriedades psicométricas bastante adequadas, permitindo evidenciar o facto de as respostas das crianças reflectirem o padrão tridimensional hipotetizado (Skinner et al., 1988a). Mais especificamente, e de um ponto de vista da sua fidelidade, este instrumento apresentou índices razoáveis de consistência interna ($0,61 < \alpha < 0,90$) e de estabilidade temporal num período de 8 semanas ($0,39 < r < 0,61$). Ainda, as correlações entre os resultados obtidos neste instrumento com os resultados dos mesmos participantes em escalas de *locus* de controlo previamente estudadas foram teoricamente muito consistentes, o que constitui evidência que suporta a validade de constructo do instrumento daqueles autores. Posteriormente, Wellborn, Connell, e Skinner (1989) apresentam um novo instrumento- *Student Perceptions of Control Questionnaire* – que embora possua um formato ligeiramente distinto, podendo ser aplicado a uma faixa etária mais abrangente (dos 6 aos 18 anos), continua a reflectir a mesma estrutura conceptual.

O modelo tridimensional do controlo tem sido assim empiricamente validado por Skinner e colaboradores (Skinner et al., 1988a,b), nos domínios académico e social, através de repetidas análises factoriais exploratórias que seguem uma estratégia de análise descrita mais adiante (ver secção *Estrutura Factorial*). No entanto, e tanto quanto sabemos, tal demonstração está ainda por ser realizada no domínio da Saúde, e o desenvolvimento do *Questionário de Crenças de Controlo face à Saúde* (QCCS) pretende colmatar este hiato.

Processo de desenvolvimento do QCCS

O processo de construção do QCCS seguiu de perto as linhas orientadoras do processo de desenvolvimento dos instrumentos elaborados por Skinner e colaboradores (Skinner et al., 1988a; Wellborn, Connell, & Skinner, 1989), respeitando a estrutura conceptual de tais instrumentos mas adaptando os conteúdos ao domínio da saúde.

A primeira etapa deste processo resumiu-se à construção de itens que, pelo seu conteúdo, discriminassem não só os três sistemas de crenças, como os diferentes tipos de factores causais subjacentes a estados de saúde e doença. Este trabalho esteve assente na análise de conteúdo das respostas de 137 crianças e adolescentes (dos 6 aos 18 anos) a um pequeno conjunto de perguntas abertas que visaram explorar quais as suas concepções de saúde e de doença, bem como dos mecanismos causais a eles associados (ver estudo 1, Bernardes, 2003).

De forma a avaliar a simplicidade e clareza dos itens construídos, estes foram aplicados a crianças, adolescentes e adultos, anotando as suas sugestões e efectuando as alterações pertinentes. Como resultado deste esforço foi elaborada uma versão-piloto do instrumento (96 itens), tendo sido aplicada e testada numa amostra de 301 crianças e adolescentes saudáveis, que frequentavam o 4º, 6º e 11º ano de escolaridade em escolas públicas e colégios privados da Grande Lisboa. A análise das características psicométricas dos seus itens e respectivas escalas resultou na elaboração da actual versão de 54 itens do QCCS que aqui se apresenta (ver estudo 2, Bernardes, 2003). Neste artigo pretendemos assim dar a conhecer as propriedades psicométricas do QCCS numa amostra de crianças (11/12 anos) e adolescentes (16/17 anos) Portugueses.

A escolha destes dois grupos etários prendeu-se com motivos de natureza teórica/empírica, metodológica e prática. De um ponto de vista teórico/empírico, os estudos desenvolvimentistas sobre crenças relativas ao controlo acima referidos têm-se centrado sobretudo na fase inicial da infância, sendo escassos aqueles que procuram explorar tais mudanças associadas à idade na fase de transição da infância para a adolescência. A exploração da evolução das crenças relativas ao controlo face à saúde entre a fase final da infância e adolescência é relevante, de um ponto de vista prático, uma vez que muitos dos programas escolares de prevenção e intervenção na área da saúde são dirigidos a crianças a frequentar o 2º ciclo e adolescentes do ensino secundário. Entendemos que a eficácia de tais programas de prevenção/intervenção poderá beneficiar de uma maior compreensão dos padrões de crenças relativas ao controlo face à saúde em diferentes fases de desenvolvimento do indivíduo. Aliás, vários estudos empíricos têm salientado importantes mudanças desenvolvimentistas nas conceptualizações de saúde e doença entre a fase final da infância e a adolescência (ex., Barrio Martinez, 1990; Perrin & Gerrity, 1981). Neste sentido, seria também de esperar mudanças nas crenças relativas ao controlo face à saúde entre estas duas fases do desenvolvimento. A capacidade do QCCS de discriminar tais diferenças etárias seria fundamental de um ponto de vista metodológico, uma vez que tal reflectiria a sua validade de constructo.

Método

Participantes

Dos 188 participantes, 91 eram crianças ($M_{idade}=11,92$; $DP=0,43$) e 97 eram adolescentes ($M_{idade}=16,86$; $DP=0,41$) que frequentavam diversas escolas públicas da Grande Lisboa. Verificou-se uma distribuição relativamente equilibrada dos indivíduos por sexo tanto entre as crianças ($n=41$ e 50 para rapazes e raparigas, respectivamente), como entre os adolescentes ($n=50$ e 47 para rapazes e raparigas, respectivamente). A grande maioria dos progenitores possuía pelo menos o 12º ano de escolaridade (76% e 74.9% para pais e mães, respectivamente). Todos os participantes eram brancos e podiam ser considerados indivíduos saudáveis, tendo apenas sofrido doenças mais comuns e de duração limitada no tempo, tais como a gripe ou as doenças típicas de infância.

Descrição do instrumento

O QCCS é composto por 54 itens, agregados em 12 escalas, que procuram operacionalizar os três sistemas de crenças acima definidos:

- 1 Crenças de Controlo (6 itens), i.e., crenças gerais relativas ao grau de controlo que o indivíduo crê possuir sobre o seu próprio estado de saúde sem ser feita referência ao recurso ou mecanismo causal através do qual tal controlo é possibilitado.
- 2 Crenças de Estratégia (25 itens), i.e., crenças relativas aos mecanismos causais que possam estar subjacentes a estados de saúde ou doença. A maioria destes itens está agregada em cinco escalas relativas aos seguintes factores causais: (a) *Esforço* (4 itens), i.e., comportamentos de prevenção de carácter geral; (b) *Atributos* (5 itens), i.e., características ou traços estruturais do organismo; (c) *Outros Poderosos* (4 itens), i.e., comportamentos de protecção por parte dos progenitores; (d) *Sorte* (4 itens), i.e., factores do acaso; (e) *Estados emocionais* (4 itens), i.e., estados de humor ou de bem-estar psicológico. Os restantes quatro itens compõem a escala *Causas Desconhecidas* que procura avaliar o grau de desconhecimento sobre os mecanismos causais subjacentes aos estados de saúde e doença.
- 3 Crenças de Capacidade (23 itens), i.e., crenças relativas à capacidade do próprio para aceder aos mecanismos causais acima descritos e que podem conduzir a estados de saúde ou evitar estados de doença. Tais itens estão agregados em cinco escalas relativas aos seguintes factores causais: (a) *Esforço* (5 itens); (b) *Atributos* (5 itens); (c) *Outros Poderosos* (5 itens); (d) *Sorte* (4 itens); (e) *Estados emocionais* (4 itens).

Os Quadros 1 a 6 permitem ao leitor a análise detalhada de todos os itens que compõem cada uma das escalas do QCCS.

Procedimento

A aplicação dos questionários teve início apenas após o consentimento informado dos Conselhos Executivos das respectivas escolas que, de sua vez, se encarregavam de informar todos os encarregados de educação envolvidos sobre a natureza do estudo.

Para ambos os grupos etários a aplicação do instrumento foi feita em grupo, no entanto, enquanto que para os mais velhos apenas as instruções eram lidas em voz alta, para os mais novos todo o processo de preenchimento era acompanhado por tal leitura. Ainda, os grupos das crianças possuíam sensivelmente metade do tamanho ($n \approx 10$) que os grupos dos adolescentes. Os indivíduos deveriam responder aos itens avaliando o grau de veracidade de cada uma das frases numa escala de 1 a 4, sendo o 1 “*Quase nunca é verdade*”, 2 “*Poucas vezes verdade*”, 3 “*Muitas vezes verdade*” e 4 “*Quase sempre verdade*”. A escala era acompanhada visualmente pelo desenho de um termómetro – o *termómetro da verdade* – cujo nível de mercúrio marcado representava o grau de veracidade. Este procedimento visou garantir a compreensão da escala por parte das crianças, tendo sido, no entanto, mantido para os adolescentes.

Após o preenchimento do questionário era recolhida a informação socio-demográfica, bem como o historial de hospitalizações, operações e doenças sofridas pelo indivíduo. É de referir que a recolha de informação relativa à raça não foi feita directamente através do questionário mas sim através da observação das características físicas dos participantes por parte das investigadoras em sala que, juntamente com a informação sobre a nacionalidade do participante e seus progenitores, permitiram identificar de grosso modo a pertença a grupos étnicos. O tempo de aplicação do questionário para ambos os grupos variou entre os 25 e os 40 minutos.

Resultados

Qualidades psicométricas dos Itens

Nos Quadros 1 a 6 podem ser analisadas as médias e desvios-padrão dos itens para ambas as sub-amostras. Em geral, as respostas abrangeram os diferentes pontos da escala avaliativa, verificando-se uma amplitude das médias entre 1,61 e 3,92. Parece existir alguma homogeneidade entre as médias dos itens de cada escala, embora a variabilidade de tais médias entre estas seja aparente. A variabilidade das respostas para cada item foi considerável, encontrando-se os desvios-padrão entre 0,27 e 1,2. Embora a distribuição dos itens raramente apresentasse características de normalidade, todas elas possuíam valores aceitáveis de simetria e curtose.

Estrutura factorial

No sentido de avaliar a estrutura factorial do QCCS, foram realizadas uma série de análises em componentes principais e com rotação oblíqua, tendo como objectivo o de verificar em que medida as respostas dos participantes reflectiam a estrutura tridimensional esperada, independentemente do seu grupo etário. Deste modo, à semelhança de outros autores (Connell, 1985; Skinner et al., 1988a) foram realizadas para cada grupo etário cinco análises em componentes principais, uma para cada tipo de causas. Em cada análise foram incluídos os itens referentes às crenças de estratégia e capacidade para uma causa específica (ex., atributos), juntamente com os itens de controlo (comuns a todas as análises), esperando-se a extracção de três factores correspondentes aos três tipos de crenças. Para os itens *Causas Desconhecidas*, dada a inexistência de itens de capacidade, esperava-se a extracção de uma estrutura bifactorial.

Analisando os quadros 1 a 6, em geral podemos constatar que as respostas dos participantes de ambos os grupos etários reflectem a estrutura tridimensional esperada relativamente às causas *Outros Poderosos*, *Emoções*, *Sorte*, *Atributos* e *Esforço*. A única diferença encontrada diz respeito às *Causas Desconhecidas*, onde as crianças parecem fazer a distinção entre o desconhecimento das causas subjacentes a acontecimentos comuns (ex., *Não percebo porque é que as pessoas adoecem*) e a situações extremas (ex., *Não percebo porque é que algumas pessoas estão sempre a apanhar doenças*).

Sensibilidade das escalas

Analisando o Quadro 7 podemos constatar que as pontuações para cada escala, independentemente do grupo etário, apresentam uma amplitude muito razoável. De uma maneira geral, a distribuição das pontuações da maioria das escalas apresenta valores aceitáveis de simetria e curtose (valores absolutos dos coeficientes inferiores a 2; Tabachnik & Fidell, 2007). No entanto, a escala de *Capacidade–Outros Poderosos* apresenta uma distribuição de respostas assimétrica em ambas as sub-amostras, enquanto a *Capacidade–Emoções* apresenta o mesmo comportamento para a sub-amostra dos mais novos. Todavia, a variabilidade das respostas para a grande maioria das escalas é considerável, encontrando-se os desvios-padrão entre 0,33 e 0,71.

Fidelidade interna das escalas

Analisando o Quadro 7 podemos constatar que, tendo em conta ambos os grupos etários, a maioria das escalas apresenta alphas de Cronbach razoáveis ou mesmo elevados (entre 0,70 e 0,89), a par de um pequeno número com índices moderados mas aceitáveis (entre 0,63 e 0,68). Apenas a escala *Estratégia–Esforço*, na sub-amostra das crianças, apresenta um índice de consistência interna pouco aceitável, em parte devido ao facto de este ser constituído apenas por 2 itens.

Quadro 1

Itens, Médias, Desvios padrão e Estruturas Factoriais para causa 'Esforço' por grupo etário

	crianças (n=89)						adolescentes (n=95)				
Itens	M	DP	Estrutura Factorial			M	DP	Estrutura Factorial			
			I	II	III			I	II	III	
Crenças de Controlo											
6. Consigo manter-me saudável.						3,11	0,64	-0,73			
10. Se eu quiser consigo manter o meu organismo sem problemas.	3,17	0,77	0,71			2,88	0,67	-0,58	(0,30)		
21. Consigo manter o meu corpo em forma sempre que quero.						2,86	0,75	-0,68			
25. Consigo manter o meu organismo em bom funcionamento.	3,31	0,67	0,68	(0,32)	(-0,51)	2,99	0,45	-0,66		(0,42)	
39. Consigo controlar o estado de saúde do meu organismo.	3,03	0,70	0,70		(-0,37)	2,60	0,61	-0,48	(0,34)	(0,32)	
53. Consigo evitar ter problemas de saúde.	3,04	0,74	0,81			2,76	0,68	-0,55	(0,41)		
Crenças de Estratégia											
17. As pessoas apanham doenças porque não se tratam como deve ser.						3,11	0,66		0,73		
38. As pessoas ficam doentes porque têm comportamentos que fazem mal ao funcionamento do seu organismo.	2,82	0,90		0,85		3,15	0,65		0,69		
46. Se as pessoas protegerem bem o seu organismo mantêm-se saudáveis.	3,68	0,51		0,61	(-0,38)	3,29	0,54	(-0,31)	0,80		
54. Ter uma má alimentação (ex.: comer muitos doces, fritos, gorduras) faz mal à saúde.											
Crenças de Capacidade											
11. Tenho comportamentos que protegem o meu organismo das doenças.											
23. Tenho comportamentos que fazem mal ao funcionamento do meu organismo.	3,03	0,93			-0,75	2,55	0,84			0,77	
24. Costumo comer alimentos pouco saudáveis (ex.: doces, fritos, gorduras).						2,29	0,81			0,73	
26. Trato bem do meu organismo.	3,30	0,71	(0,51)		-0,75	2,87	0,66	(-0,41)		0,76	
44. Cuido mal do meu organismo.	3,58	0,67			-0,79	3,06	0,78		(0,33)	0,74	

Nota. Todos os índices de saturação inferiores a 0,30 não foram incluídos na tabela.

Quadro 2

Itens, Médias, Desvios padrão e Estruturas Factoriais para causa 'Sorte' por grupo etário

	crianças (n=91)						adolescentes (n=90)				
Itens	M	DP	Estrutura Factorial			M	DP	Estrutura Factorial			
			I	II	III			I	II	III	
Crenças de Controlo											
6. Consigo manter-me saudável.	3,26	0,66	(0,37)		0,71	3,12	0,61	0,76			
10. Se eu quiser consigo manter o meu organismo sem problemas.	3,17	0,77	0,59			2,91	0,67	0,54			
21. Consigo manter o meu corpo em forma sempre que quero.						2,86	0,76	0,66			
25. Consigo manter o meu organismo em bom funcionamento.	3,31	0,66	0,70		(0,55)	2,99	0,44	0,72			
39. Consigo controlar o estado de saúde do meu organismo.	3,03	0,69	0,77								
53. Consigo evitar ter problemas de saúde.	3,03	0,74	0,80			2,77	0,69	0,57			
Crenças de Estratégia											
1. Uma pessoa precisa de ter sorte para não ficar doente.	2,16	1,0		0,73		2,07	0,76		0,69		
14. Algumas pessoas têm o organismo a funcionar sem problemas porque têm sorte.	1,75	0,90		0,76		1,76	0,66		0,85		
28. O organismo tem problemas de funcionamento quando se tem pouca sorte.	1,69	0,81		0,80		1,67	0,69		0,82		
41. Há pessoas que quase nunca apanham doenças porque são sortudas.	1,61	0,79		0,76		1,72	0,72		0,80		
Crenças de Capacidade											
8. Tenho azar com as doenças.											
22. Em relação ao meu estado de saúde tenho sorte.	3,19	0,88			0,82	3,02	0,72			-0,88	
34. Tenho sorte com o funcionamento do meu organismo.	3,19	0,88	(0,63)		0,64	2,87	0,72			-0,86	
50. Na saúde sou uma pessoa com sorte.	3,25	0,71	(0,60)		0,68	2,88	0,70			-0,80	

Nota. Todos os índices de saturação inferiores a 0,30 não foram incluídos na tabela.

Quadro 3

Itens, Médias, Desvios padrão e Estruturas Factoriais para causa 'Atributos' por grupo etário

Itens	crianças (n=90)						adolescentes (n=93)					
	M	DP	Estrutura Factorial			M	DP	Estrutura Factorial				
			I	II	III			I	II	III		
Crenças de Controlo												
6. Consigo manter-me saudável.												
10. Se eu quiser consigo manter o meu organismo sem problemas.	3,18	0,77	0,64			2,89	0,67	0,60				
21. Consigo manter o meu corpo em forma sempre que quero.												
25. Consigo manter o meu organismo em bom funcionamento.	3,30	0,66	0,70		(0,54)	2,99	0,45	0,41			(0,38)	
39. Consigo controlar o estado de saúde do meu organismo.	3,02	0,69	0,74			2,57	0,63	0,77				
53. Consigo evitar ter problemas de saúde.	3,03	0,74	0,80			2,75	0,69	0,71				
Crenças de Estratégia												
4. Há pessoas que não têm saúde porque têm um organismo pouco resistente às doenças.	3,39	0,83		0,76		3,46	0,60		0,76			
12. Há pessoas que ficam doentes porque têm um organismo fraco.	3,29	0,81		0,84		3,39	0,59		0,68			
27. Há pessoas que apanham doenças porque são frágeis e sensíveis.	2,98	0,90		0,69		3,06	0,75		0,79			
35. Há pessoas que são saudáveis porque o seu organismo tem muitas armas para se defender contra as doenças.						3,19	0,68		0,64			
52. Há pessoas que têm saúde porque têm uma força natural contra as doenças.												
Crenças de Capacidade												
7. Sou uma pessoa com um organismo fraco.	3,58	0,67			0,74	3,46	0,64				0,79	
20. O meu organismo é pouco resistente às doenças.	3,11	0,83			0,68	3,27	0,66				0,82	
32. O meu organismo é frágil e sensível.	3,31	0,90			0,57	3,36	0,72				0,57	
43. O meu organismo é forte.	3,24	0,72	(0,52)		0,41	3,08	0,56	(0,45)			0,66	
47. O meu organismo tem muitas armas para se defender contra as doenças.												

Nota. Todos os índices de saturação inferiores a 0,30 não foram incluídos na tabela.

Quadro 4

Itens, Médias, Desvios padrão e Estruturas Factoriais para causa 'Emoções' por grupo etário

Itens	crianças (n=86)						adolescentes (n=94)				
	M	DP	Estrutura Factorial			M	DP	Estrutura Factorial			
			I	II	III			I	II	III	
Crenças de Controlo											
6. Consigo manter-me saudável.						3,10	0,65		0,75		
10. Se eu quiser consigo manter o meu organismo sem problemas.	3,16	0,78	0,69			3,11	0,65		0,58		
21. Consigo manter o meu corpo em forma sempre que quero.						2,87	0,75		0,69		
25. Consigo manter o meu organismo em bom funcionamento.	3,30	0,67	0,71		(-0,40)	2,99	0,45		0,73		
39. Consigo controlar o estado de saúde do meu organismo.	3,02	0,69	0,74								
53. Consigo evitar ter problemas de saúde.	3,05	0,75	0,81								
Crenças de Estratégia											
2. Para se ter saúde é importante estar-se feliz.						2,69	0,82			0,82	
13. É importante para a saúde uma pessoa gostar de si própria.	3,07	0,98		0,81		2,99	0,86			0,67	
33. Andar sempre triste faz mal à saúde.	2,65	0,94		0,72		2,86	0,85			0,76	
49. Estar-se contente com a vida faz bem à saúde.	3,29	0,76		0,79		3,18	0,64			0,75	
Crenças de Capacidade											
18. Vivo a vida com felicidade.	3,60	0,60		(0,35)	-0,64	3,19	0,75				0,85
29. Estou contente com a minha vida.	3,57	0,66			-0,84	3,20	0,82				0,84
37. Estou de mal com a vida.	3,67	0,66			-0,79	3,45	0,70				0,88
42. Ando sempre cheio de tristeza.	3,59	0,69			-0,70	3,45	0,77				0,86

Nota. Todos os índices de saturação inferiores a 0,30 não foram incluídos na tabela.

Quadro 5

Itens, Médias, Desvios padrão e Estruturas Factoriais para causa 'Outros Poderosos' por grupo etário

Itens	crianças (n=90)						adolescentes (n=94)			
	M	DP	Estrutura Fatorial			M	DP	Estrutura Fatorial		
			I	II	III			I	II	III
Crenças de Controlo										
6. Consigo manter-me saudável.	3,27	0,67	0,62			3,13	0,61	0,77		
10. Se eu quiser consigo manter o meu organismo sem problemas.	3,18	0,77	0,62			2,90	0,66	0,55		
21. Consigo manter o meu corpo em forma sempre que quero.						2,89	0,75	0,60		
25. Consigo manter o meu organismo em bom funcionamento.	3,31	0,66	0,76			3,00	0,46	0,70		
39. Consigo controlar o estado de saúde do meu organismo.	3,03	0,69	0,73							
53. Consigo evitar ter problemas de saúde.	3,03	0,74	0,75			2,76	0,67	0,61		
Crenças de Estratégia										
3. Um jovem pode ter problemas de saúde se se der mal com os seus pais.	2,28	0,94		0,73		2,28	0,90		0,75	
31. A saúde de um jovem depende dos seus pais.	2,44	0,90		0,59		2,18	0,76		0,60	
40. Quando os pais protegem um filho, este quase nunca apanha doenças.										
48. Um jovem pode ter problemas de saúde por causa dos seus pais.	2,26	0,92		0,74		2,36	0,80		0,76	
Crenças de Capacidade										
9. Os meus pais preocupam-se comigo.	3,92	0,27			0,79	3,81	0,45			0,61
16. Dou-me bem com os meus pais.	3,79	0,53			0,71	3,60	0,64			0,68
19. Sou protegido (a) pelos meus pais.	3,64	0,61			0,74					
36. Os meus pais cuidam da minha saúde sempre que preciso.	3,87	0,34			0,73	3,56	0,65			0,80
51. Os meus pais tratam bem da minha saúde.						3,59	0,59			0,86

Nota. Todos os índices de saturação inferiores a 0,30 não foram incluídos na tabela.

Quadro 6

Itens, Médias, Desvios padrão e Estruturas Factoriais para causa 'Causas Desconhecidas' por grupo etário

Itens	crianças (n=90)					adolescentes (n=94)			
	M	DP	Estrutura Factorial			M	DP	Estrutura Factorial	
			I	IIa	IIb			I	II
Crenças de Controlo									
6. Consigo manter-me saudável.	3,26	0,67	0,62		(-0,36)	3,12	0,61	0,77	
10. Se eu quiser consigo manter o meu organismo sem problemas.						2,90	0,66	0,54	
21. Consigo manter o meu corpo em forma sempre que quero.	3,03	0,87	0,62						
25. Consigo manter o meu organismo em bom funcionamento.	3,29	0,66	0,79			3,00	0,44	0,71	
39. Consigo controlar o estado de saúde do meu organismo.	3,03	0,70	0,77						
53. Consigo evitar ter problemas de saúde.	3,02	0,74	0,68			2,78	0,67	0,67	
Crenças de Estratégia									
5. Não sei explicar porque é que há pessoas que quase nunca ficam doentes.	2,43	1,2	0,88			2,33	0,88		0,69
15. Não percebo porque é que algumas pessoas estão sempre a apanhar doenças.	2,51	1,1	0,80		(0,36)	2,12	0,75		0,79
30. Não sei explicar porque é que o organismo de muitas pessoas funciona bem.	2,26	0,9			0,81	2,23	0,74		0,83
45. Não percebo porque é que as pessoas adoecem.	2,10	1,0			0,77	1,75	0,72		0,60

Nota. Todos os índices de saturação inferiores a 0,30 não foram incluídos na tabela.

Quadro 7

Médias, desvios-padrão, mínimo, máximo, alphas de Cronbach e número de itens para cada escala por grupo etário

Escala (n itens)	Crianças			Adolescentes			t	Mtotal
	M (DP)	Min-Max	α	M (DP)	Min-Max	α		
Controlo (n=3)	3,13 (0,52)	1,50-4,00	0,71	2,94 (0,42)	2,00-4,00	0,62	3,98**	3,03
Estratégia								
Esforço (n=2)	3,26 (0,55)	2,00-4,00	0,30	3,17 (0,48)	1,67-4,00	0,66	ns	3,23a
Atributos (n=3)	3,22 (0,65)	1,67-4,00	0,65	3,29 (0,47)	2,00-4,00	0,69	ns	3,26a
Sorte (n=4)	1,80 (0,68)	1,00-3,50	0,79	1,80 (0,55)	1,00-3,00	0,76	ns	1,80d
Outr. Poder. (n=3)	2,33 (0,65)	1,00-3,67	0,50	2,27 (0,59)	1,00-4,00	0,53	ns	2,30c
Emoções (n=3)	3,02 (0,71)	1,33-4,00	0,70	2,93 (0,59)	1,25-4,00	0,74	ns	3,00b
Caus. Desc. (n=4)	2,33 (0,69)	1,00-4,00	0,56	2,10 (0,56)	1,00-3,75	0,71	ns	2,21c
Capacidade								
Esforço (n=3)	3,30 (0,61)	1,67-4,00	0,67	2,70 (0,59)	1,50-4,00	0,76	5,0**	3,07c
Atributos (n=4)	3,31 (0,49)	2,00-4,00	0,50	3,30 (0,47)	1,25-4,00	0,69	ns	3,30b
Sorte (n=3)	3,21 (0,65)	1,00-4,00	0,71	2,92 (0,61)	1,00-4,00	0,81	3,04*	3,06c
Outr. Poder. (n=4)	3,81 (0,33)	2,50-4,00	0,68	3,65 (0,44)	2,25-4,00	0,73	3,64**	3,76a
Emoções (n=4)	3,61 (0,49)	1,25-4,00	0,68	3,34 (0,65)	1,25-4,00	0,89	3,14*	3,47b

Nota. ns=não significativo; Foram efectuadas correcções de Bonferroni de forma a controlar a probabilidade de erro tipo I: crenças de estratégia (0,05/6=0,008), crenças e capacidade (0,05/5=0,01); ** $p<0,008$; * $p<0,01$. Médias na mesma coluna com diferentes subscritos são significativamente diferentes em testes de Tukey ($p<0,003$).

Validade de conteúdo e de constructo

De forma a avaliar a validade de conteúdo do QCCS, foi fornecido a dois juízes independentes um sistema de categorias composto por três grandes categorias, correspondentes aos três tipos de crenças e respectivas definições, juntamente com as sub-categorias relativas aos vários tipos de causas. A tarefa dos juízes consistiu na atribuição dos itens às respectivas categorias. Este procedimento mostrou um índice de fidelidade inter-juízes muito bom (K de Cohen=0,93).

De um ponto de vista desenvolvimentista seria de esperar a presença de diferenças etárias nalguns tipos de crenças relativas ao controlo. A capacidade do QCCS poder detectar tais diferenças seria fundamental de um ponto de vista de validade de constructo. Neste sentido, foram realizadas duas análises de variância com medidas repetidas tendo como factor inter-sujeitos o grupo etário (2) e como factor intra-sujeitos ora as crenças de estratégia (6) ora as de capacidade (5).

Tal como se pode constatar no quadro 7, no que diz respeito às crenças de estratégia apenas se verifica um efeito principal do tipo de crença [$F(5,875)=194,5$, $p=0,00$], mostrando que de uma maneira geral os participantes crêem que certos factores causais (ex., esforço e atributos do organismo) são mais eficazes na manutenção de um estado de saúde que outros (ex., factores do acaso). Todavia, a ausência de um efeito de interacção salienta a ausência de diferenças etárias em tais percepções de eficácia das estratégias.

Já no que diz respeito às crenças de capacidade, constata-se novamente o efeito principal do tipo de crença [$F(4,692)=65,2$, $p=0,00$], desta vez a par de um efeito principal do grupo etário [$F(1,173)=23,14$, $p=0,00$], que mostra que as crianças crêem ter maior capacidade para aceder aos diferentes tipos de estratégias ($M=3,42$) que os adolescentes ($M=3,20$). Verifica-se, no entanto, um efeito de interacção entre as duas variáveis [$F(4,692)=4,90$, $p<0,01$]. A realização de uma série de testes *t-student* (Quadro 7) permitiu-nos constatar que embora não existam diferenças etárias ao nível das crenças de capacidade sobre os atributos do organismo, as crianças acham que possuem mais comportamentos de prevenção, tem mais sorte na saúde, são mais protegidas pelos pais e dizem estar mais contentes com a própria vida comparativamente com os adolescentes.

Finalmente, as crianças possuem ainda, e como consequência, crenças de controlo sobre a própria saúde mais intensas que as dos adolescentes (Quadro 7).

Discussão

De uma forma geral, os resultados apontam para qualidades psicométricas bastante aceitáveis do presente instrumento, quer de um ponto do ponto de vista da sua precisão quer da sua validade.

A estrutura factorial do QCCS aponta para a sua adequação enquanto operacionalização do modelo tridimensional das crenças de controlo (Skinner, 1995; Skinner et al., 1988) aplicado à saúde, vindo também reforçar a importância da análise independente de tais tipos de crenças.

O facto de a construção dos itens do QCCS, bem como a escolha das categorias causais relevantes, ter estado assente numa análise qualitativa das respostas de crianças e adolescentes referentes aos seus conceitos de saúde e doença e respectivos mecanismos causais, teve como consequência a inclusão de factores causais que tipicamente não são incluídos em instrumentos derivados de modelos teóricos (ex., estados emocionais). Este processo de construção permitiu ainda a formulação de itens de forma clara e perceptível, possibilitando a sua aplicação a participantes de faixas etárias mais jovens, o que eventualmente se reflectiu na qualidade psicométrica dos itens e escalas.

De facto, a maioria dos itens e escalas apresenta qualidades psicométricas razoáveis, ora mostrando distribuições com características aceitáveis ora possuindo, grande parte daquelas últimas, índices de consistência interna razoáveis. No que diz respeito à sensibilidade das escalas, foi apenas para as escalas Capacidade–Outros Poderosos e Capacidade–Emoções que se distribuições mais enviesadas e assimétricas. Pensamos que tal se possa dever sobretudo às características específicas da presente amostra, composta sobretudo por crianças saudáveis provenientes de uma classe média/alta, onde a presença de percepções elevadas de bem-estar psicológico ou de protecção parental entre crianças e adolescentes parece ser mais saliente.

Ainda no que diz respeito às qualidades psicométricas das escalas e, mais especificadamente, aos seus valores de consistência interna, verifica-se que estas são perfeitamente comparáveis, ou mesmo por vezes superiores, aos índices encontrados não só nalgumas das escalas mais conhecidas de *locus* de controlo para crianças (Connell, 1985; Halpin & Ottinger, 1983), mas também em relação ao instrumento desenvolvido por Skinner e colaboradores (1988a) e sua adaptação mais recente para a população portuguesa (Lemos & Gonçalves, 1998). Por exemplo, os estudos efectuados por Connell (1985) de desenvolvimento de uma escala de percepção de controlo com crianças entre os 8 e os 14 anos mostraram índices de consistência interna entre 0,52 e 0,75. Ainda, e embora Skinner e colaboradores (1988a) não apresentem índices de consistência interna para cada grupo etário separadamente, verifica-se que é também para as escalas relativas às crenças de capacidade que tais valores são mais reduzidos, estando a maioria abaixo dos 0,70. O mesmo padrão se verificou no estudo de adaptação deste instrumento para uma amostra de crianças Portuguesas a frequentar o 6º ano (Lemos & Gonçalves, 1998), em que os valores das escalas relativas às crenças de capacidade foram ligeiramente inferiores ($0,59 < \alpha < 0,65$) aos da maioria das escalas relativas às crenças de estratégia ou de controlo ($0,63 < \alpha < 0,75$).

Os níveis conservadores de consistência interna nos estudos apresentados, bem como o facto de a sub-amostra das crianças no nosso estudo ter apresentado índices de consistência interna mais reduzidos que os dos adolescentes, poderá prender-se precisamente com a tenra idade dos participantes e a natural e consequente inconsistência de respostas (Halpin & Ottinger, 1983; Skinner et al., 1988a). Aliás, já Halpin e Ottinger (1983) ao analisarem o efeito da idade nos índices de consistência interna de escalas de *locus* de controlo para crianças mostraram que estes tendem a aumentar ao longo do desenvolvimento, sendo que valores mais baixos em crianças mais novas devem ser esperados.

No que diz respeito à validade do instrumento, este parece ter características adequadas não só do ponto de vista da sua validade facial e de conteúdo, mas também de constructo. Mais especificamente, no que diz respeito a esta última podemos observar que as diferenças etárias encontradas ao nível das

crenças relativas ao controlo se mostraram congruentes com certas previsões teóricas e/ou dados empíricos desenvolvimentistas.

Não se constatarem diferenças etárias ao nível das crenças de estratégia, o que em parte poderá ser justificado pelo facto de as crenças de estratégia corresponderem a teorias implícitas gerais sobre os factores causais da saúde e doença que não fazem referência directa ao próprio indivíduo. De uma forma geral, os comportamentos de prevenção e os atributos do organismo foram as causas mais fortemente associadas a estados de saúde e doença, ao contrário da sorte e da protecção parental. Este resultado vem de encontro a alguns dados que mostram, em domínios como o académico ou social, que embora exista com o avançar da idade uma tendência para diminuição nas percepções de eficácia dos diferentes tipos de causas, esta diminuição é mais acentuada para as causas de natureza externa, como a sorte ou a recorrência à protecção de outros (ex., Skinner, 1990b; Skinner & Chapman, 1987). Ainda, e de acordo com Clemence, Aymard, e Roumagnac (1996), o papel central que é atribuído às causas internas (esforço e atributos) poderá resultar de uma exposição sistemática, desde tenra idade, a contextos sociais que reforçam as atribuições causais a tais factores internos.

Já no que diz respeito às crenças de capacidade e controlo, as diferenças etárias foram mais evidentes. Todavia, é de salientar que os resultados relativos às crenças de capacidade devem ser interpretados com cerimónia, dado que os níveis de consistência interna de tais escalas entre as crianças foram bastante mais reduzidos que entre os adolescentes. Ainda assim, as crianças pareceram perceber-se como mais felizes, mais protegidas pelos pais, afirmaram possuir mais comportamentos de prevenção e mais sorte na saúde que os adolescentes e, conseqüentemente, mostraram ter maior percepção de controlo sobre o próprio estado de saúde que estes últimos. Este declínio nas percepções de capacidade e controlo também se tem constatado no domínio académico (ex., Stipek & McIver, 1989), embora a comparação entre os resultados deva ser feita com reservas dada a diferença na natureza dos domínios em estudo. A crescente complexidade das significações de saúde e doença desenvolvidas ao longo da adolescência (ex., Barrio-Martinez, 1990) poderão em parte justificar a perda de uma visão tão optimista sobre o próprio controlo ou capacidade para controlar os diferentes factores subjacentes a estados de saúde/doença.

Para além da constatação de tais diferenças, Bernardes e Lima (2006) aprofundaram a exploração das potencialidades do QCCS na identificação de diferenças etárias nas crenças de controlo, nomeadamente ao nível dos seus preditores. Enquanto que o principal preditor das crenças de controlo entre as crianças parece ser a crença sobre “ser uma pessoa com sorte na saúde”, entre os adolescentes foram os comportamentos de prevenção e os atributos do organismo que mais se encontraram associados a tais crenças. Bernardes e Lima (2006) argumentam que tal panorama pode em parte ser justificado tanto pelo desenvolvimento do conceito de acaso como o das significações de saúde e doença da infância à adolescência. Por um lado, a centralidade dos factores do acaso na determinação das crenças de controlo entre as crianças poderá estar relacionada com o facto de estas ainda não dominarem tal conceito na perfeição, tendo como consequência a dificuldade em diferenciar os conceitos de sorte, esforço ou capacidade (Piaget & Inhelder, 1975). Simultaneamente, a capacidade para compreender a variabilidade de factores externos associados à doença, juntamente com a dificuldade em entender os processos de internalização ou o papel activo do organismo na produção/combate à doença (Barrio-Martinez, 1990; Perrin & Gerrity, 1981), poderá facilmente contribuir para a percepção de se estar erráticamente à mercê dos factores agressores externos face aos quais a sorte poderá desempenhar um papel protector. O esbatimento da centralidade dos factores do acaso com a entrada na adolescência poderá, em parte, estar associado a uma maturação completa do conceito de acaso. A construção de um conceito de saúde e doença progressivamente mais complexo e multi-determinado, onde existe um entendimento sobre os processos internos de produção e combate

à doença bem como do indivíduo enquanto agente activo, poderá ainda reflectir-se na crescente importância que os adolescentes conferem não só aos atributos do organismo, mas também, aos comportamentos de prevenção. Da mesma forma, e tal como referido, a aquisição de um conceito de saúde e doença mais complexo poderá em parte justificar o facto de os adolescentes se mostrarem mais conservadores quer ao nível das crenças de capacidade quer das de controlo.

Apesar de o QCCS ter apresentado qualidades psicométricas bastante aceitáveis, não deve ser ignorada a necessidade de um investimento futuro no seu aperfeiçoamento. Não só é importante o apuramento de algumas das escalas que mostraram índices de consistência interna mais reduzidos, como também é fundamental a análise da validade convergente e discriminante deste instrumento, bem como o seu valor preditivo. Para além disso, a raiz teórica do instrumento bem como a robustez do padrão tridimensional esperado sugerem que esforços futuros de investigação passem a centrar-se mais na confirmação do modelo através de metodologias mais adequadas para este efeito, como por exemplo, a utilizações de modelos de equações estruturais.

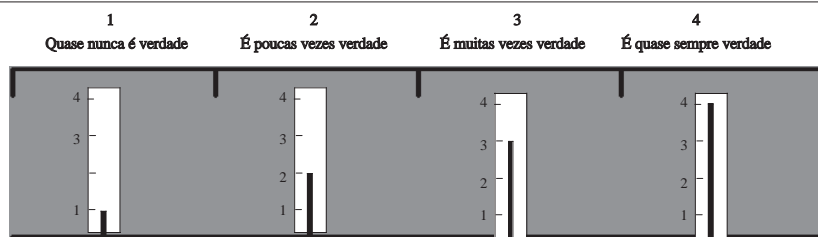
É ainda de salientar a necessidade de validação do instrumento com amostras mais representativas da população Portuguesa. De facto, a grande maioria das crianças e adolescentes da presente amostra era branca e proveniente de níveis sócio-económicos relativamente elevados. Tais enviesamentos de amostragem deverão ser corrigidos futuramente. Aliás, o facto de a presente amostra não ser representativa dos referidos grupos etários na população portuguesa não nos permite facultar informação sobre normas ou parâmetros.

Em nota de conclusão, apesar da necessidade de aperfeiçoamento de algumas das suas características psicométricas, o QCCS mostra-se um instrumento útil e com qualidades aceitáveis. A consideração de diferentes factores causais contribui para o enriquecimento da análise desenvolvimentista das crenças associadas ao controlo. Esta possibilidade permite entender quais os diferentes tipos de crenças que em diferentes fases do desenvolvimento mais contribuem para uma noção subjectiva de controlo sobre o próprio estado de saúde. Este conhecimento poderá tornar-se extremamente útil para os profissionais que procurem desenvolver programas de prevenção face à saúde adequados às especificidades dos diferentes grupos etários.

Apêndice

QCCS

Lê com atenção cada uma das seguintes frases. Diz-nos em que medida é que, para ti, cada uma das frases é verdadeira. Para isso utiliza a seguinte escala ou **Termómetro da Verdade**: quanto mais alto estiver o risco negro significa que "é mais vezes verdade". Ou seja, quando o risco está no 1 é porque a frase "Quase nunca é verdade"; se o risco sobe um bocadinho até ao 2, é porque a frase é "Poucas vezes verdade"; se o risco sobe até ao 3 é porque a frase já é "Muitas vezes verdade" e, por fim, se o risco sobe até ao 4 é porque a frase "É quase sempre verdade".



Para cada frase coloca um círculo em redor do número que melhor corresponde à tua resposta. Vê os seguintes exemplos:

Leio livros nos meus tempos livres	1	2	3	4
Não gosto de vegetais	1	2	3	4

Procura não deixar nenhuma frase sem resposta.

(cont. →)

(← cont.)

	1	2	3	4
	Quase nunca é verdade	É poucas vezes verdade	É muitas vezes verdade	É quase sempre verdade
				
1. Uma pessoa precisa de ter sorte para não ficar doente.	1	2	3	4
2. Para se ter saúde é importante estar-se feliz.	1	2	3	4
3. Um jovem pode ter problemas de saúde se se der mal com os seus pais.	1	2	3	4
4. Há pessoas que não têm saúde porque têm um organismo pouco resistente às doenças.	1	2	3	4
5. Não sei explicar porque é que há pessoas que quase nunca ficam doentes.	1	2	3	4
6. Consigo manter-me saudável.	1	2	3	4
7. Sou uma pessoa com um organismo fraco.	1	2	3	4
8. Tenho azar com as doenças.	1	2	3	4
9. Os meus pais preocupam-se comigo.	1	2	3	4
10. Se eu quiser consigo manter o meu organismo sem problemas.	1	2	3	4
11. Tenho comportamentos que protegem o meu organismo das doenças.	1	2	3	4
12. Há pessoas que ficam doentes porque têm um organismo fraco.	1	2	3	4
13. É importante para a saúde uma pessoa gostar de si própria.	1	2	3	4
14. Algumas pessoas têm o organismo a funcionar sem problemas porque têm sorte.	1	2	3	4
15. Não percebo porque é que algumas pessoas estão sempre a apanhar doenças.	1	2	3	4
16. Dou-me bem com os meus pais.	1	2	3	4
17. As pessoas apanham doenças porque não se tratam como deve ser.	1	2	3	4
18. Vivo a vida com felicidade.	1	2	3	4
19. Sou protegido(a) pelos meus pais.	1	2	3	4
20. O meu organismo é pouco resistente às doenças.	1	2	3	4
21. Consigo manter o meu corpo em forma sempre que quero.	1	2	3	4
22. Em relação ao meu estado de saúde tenho sorte.	1	2	3	4
23. Tenho comportamentos que fazem mal ao funcionamento do meu organismo.	1	2	3	4
24. Costumo comer alimentos pouco saudáveis (ex.: doces, fritos, gorduras).	1	2	3	4
25. Consigo manter o meu organismo em bom funcionamento.	1	2	3	4
26. Trato bem do meu organismo.	1	2	3	4
27. Há pessoas que apanham doenças porque são frágeis e sensíveis.	1	2	3	4
28. O organismo tem problemas de funcionamento quando se tem pouca sorte.	1	2	3	4
29. Estou contente com a minha vida.	1	2	3	4
30. Não sei explicar porque é que o organismo de muitas pessoas funciona bem.	1	2	3	4
31. A saúde de um jovem depende dos seus pais.	1	2	3	4
32. O meu organismo é frágil e sensível.	1	2	3	4
33. Andar sempre triste faz mal à saúde.	1	2	3	4
34. Tenho sorte com o funcionamento do meu organismo.	1	2	3	4
35. Há pessoas que são saudáveis porque o seu organismo tem muitas armas para se defender contra as doenças.	1	2	3	4
36. Os meus pais cuidam da minha saúde sempre que preciso.	1	2	3	4
37. Estou de mal com a vida.	1	2	3	4
38. As pessoas ficam doentes porque têm comportamentos que fazem mal ao funcionamento do seu organismo.	1	2	3	4
39. Consigo controlar o estado de saúde do meu organismo.	1	2	3	4

(cont. →)

(← cont.)

	1	2	3	4
	Quase nunca é verdade	É poucas vezes verdade	É muitas vezes verdade	É quase sempre verdade
40. Quando os pais protegem um filho, este quase nunca apanha doenças.	1	2	3	4
41. Há pessoas que quase nunca apanham doenças porque são sortudas.	1	2	3	4
42. Ando sempre cheio(a) de tristeza.	1	2	3	4
43. O meu organismo é forte.	1	2	3	4
44. Cuido mal do meu organismo.	1	2	3	4
45. Não percebo porque é que as pessoas adoecem.	1	2	3	4
46. Se as pessoas protegerem bem o seu organismo mantêm-se saudáveis.	1	2	3	4
47. O meu organismo tem muitas armas para se defender contra as doenças.	1	2	3	4
48. Um jovem pode ter problemas de saúde por causa dos seus pais.	1	2	3	4
49. Estar-se contente com a vida faz bem à saúde.	1	2	3	4
50. Na saúde sou uma pessoa com sorte.	1	2	3	4
51. Os meus pais tratam bem da minha saúde.	1	2	3	4
52. Há pessoas que têm saúde porque têm uma força natural contra as doenças.	1	2	3	4
53. Consigo evitar ter problemas de saúde.	1	2	3	4
54. Ter uma má alimentação (ex.: comer muitos doces, fritos, gorduras) faz mal à saúde.	1	2	3	4

Referências

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unified theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barrio-Martinez, C. (1990). *La comprensión adolescente de la enfermedad: Un estudio evolutivo*. Madrid: Anthrophos.
- Bernardes, S. (2003). O optimismo comparativo face à saúde em crianças e adolescentes: Diferenças etárias na sua expressão e relação com crenças associadas ao controlo. *Tese de mestrado não publicada em Psicologia Social e das Organizações*. ISCTE: Lisboa.
- Bernardes, S., & Lima, L. (2006). Age differences in control beliefs regarding health: control, strategy and capacity. *British Journal of Health Psychology*, 11, 357-371.
- Chapman, M., & Skinner, E. (1989). Children's agency beliefs, cognitive performance, and conceptions of effort and ability: Individual and developmental differences. *Child Development*, 60, 1229-1238.
- Clemence, A., Aymard, C., & Roumagnac, P. (1996). A developmental study of school performance explanations of 6 to 11-years-olds: Causal differentiation and internality norm. *European Journal of Psychology of Education*, 11, 4, 411-425.
- Connell, J. (1985). A new multidimensional measure of children's perceptions of control. *Child Development*, 56, 1018-1041.

- Halpin, B., & Ottinger, D. (1983). Children's locus of control scales: Reappraisal of reliability characteristics. *Child Development*, 54, 484-487.
- Lemos, M., & Gonçalves, T. (1998). Dimensions of school-performance related beliefs in Portuguese students. In P. Nenninger, R. Jager, A. Frey, & M. Wasnitza (eds.), *Advances in motivation* (pp. 69-82). Landau: Verlag Empirische Pedagogik.
- Perrin, E., & Gerrity, P. (1981). There's a demon in your belly: Children's understanding of illness. *Pediatrics*, 67, 841-849.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1975). *The origin of the idea of chance in children*. NY: Norton.
- Skinner, E. (1990a). Age differences in the dimensions of perceived control during middle childhood: Implications for developmental conceptualizations and research. *Child Development*, 61, 1882-1890.
- Skinner, E. (1990b). What causes success and failure in school and friendship? Developmental differentiation of children's beliefs across middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 13(2), 157-176.
- Skinner, E. (1995). *Perceived control, motivation and coping*. California: SAGE.
- Skinner, E. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.
- Skinner, E., & Chapman, M. (1987). Resolution of a developmental paradox: How can perceived internality increase, decrease and remain the same across middle childhood? *Developmental Psychology*, 23(1), 44-48.
- Skinner, E., Chapman, M. & Baltes, P. (1988a). Control, means-ends and agency beliefs: A new conceptualization and its measurement during childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(1), 117-133.
- Skinner, E., Chapman, M. & Baltes, P. (1988b). Children's beliefs about control, means-ends and agency: Developmental differences during middle childhood. *International Journal of Behavioural Development*, 11(3), 369-388.
- Skinner, E., & Connell, J. (1986). Control understanding: Suggestions for a developmental framework. In M. Baltes & P. Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging* (pp. 35-69). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Stipek, D. J., & MacIver, D. (1989). Developmental change in children's assessment of intellectual competence. *Child Development*, 60, 521-538.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5^a ed.). Pearson Education, Inc.
- Thompson, R., & Gustafson, K. (1996). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington: American Psychological Association.
- Walker, J. (2001). *Control and the Psychology of Health*. Buckingham: OUP
- Weisz, J. (1983). Can I control it? The pursuit of veridical answers across the life span. In P. Baltes & O. Brim (Eds.), *Life span development and behavior* (vol. 5, pp. 233-300). Orlando, Florida: Academic Press, Inc
- Weisz, J., & Stipek, D. (1982). Competence, contingency and the development of perceived control. *Human Development*, 25, 250-281.
- Wellborn, J., Connell, J., & Skinner, E. (1989). *The student's perceptions of control questionnaire (SPCOQ): Academic domain*. Technical report, University of Rochester, NY.